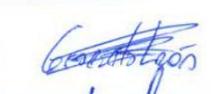


	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04 Vigencia: 5 años
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Fecha de aprobación: Noviembre 2019
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Vigencia: Noviembre 2024

PROTOCOLO FICHA CLINICA UNICA E INDIVIDUAL Y SU MANEJO

	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elaborado por:	Matías Urzúa Vilchez Oficial Administrativo de Archivo	Agosto 2019	
	Carmenrocío Pérez Gutiérrez Encargada de Depto. de Producción	Agosto 2019	
	María Graciela León Carvacho Enfermera Depto. Calidad y Seguridad del Paciente	Agosto 2019	
Revisado por:	Sandra Fuenzalida Gaete Encargada Depto. Calidad y Seguridad del Paciente	Septiembre 2019	
Aprobado por:	Francisco Leyton Arrieta Director de Hospital Santa Cruz (S)	Noviembre 2019	

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

1. INTRODUCCIÓN

La ficha clínica es el documento que contiene el historial médico de una persona y su proceso de atención. Definir claramente las tareas y actividades vinculadas al proceso de generación de información que debe contener la ficha clínica e identificar a los responsables de cada una de las etapas es fundamental para dar cumplimiento a lo establecido en la ley N° 20.584 "Deberes y Derechos del Paciente".

La documentación que se encuentra en la ficha clínica es reservada y confidencial, de utilidad principal para el paciente y el equipo clínico tratante, el que deberá siempre manejar la información en ella bajo la figura del secreto profesional.

2. OBJETIVOS

Establecer las normas y procedimientos que garanticen la existencia de Ficha clínica Única e Individual de cada paciente y su manejo, el acceso a la integridad de la información relativa a sus atenciones de salud y la confidencialidad.

3. ALCANCE

Todo el personal clínico y administrativo con facultades de acceso a la ficha clínica dentro del Hospital Santa Cruz.

4. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN

De la supervisión:

Director, Sub Directores, Encargada de Producción y Encargado de Archivo: Responsables de supervisar el correcto cumplimiento del protocolo vigente y obligaciones establecidas, así como de sancionar los incumplimientos.

De la aplicación:

Jefe de Departamento y Unidades de Apoyo:

- Responsables de instruir al personal sobre el protocolo vigente así como de las responsabilidades pertinentes según rol en el manejo de las fichas clínicas y resguardo cuando se encuentre en sus departamentos y unidades.
- Resguardar la ficha clínica en lo que respecta a su custodia y confidencialidad de los datos contenidos en ellas.

Enfermeras y Matronas Supervisoras:

- Responsables de instruir al personal sobre el protocolo vigente así como las responsabilidades pertinentes según rol en el manejo de las fichas clínicas.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

- Resguardar la ficha clínica en lo que respecta a su custodia y confidencialidad de los datos contenidos en ellas.
- Resguardar y supervisar en los funcionarios a cargo que realicen el registro de las atenciones y procedimientos efectuados al paciente de forma legible y oportuna, debidamente identificándose con nombre y firma.
- Solicitar fichas clínicas según procedimiento establecido y entregarlas en los plazos definidos.

Profesionales de la salud:

- Solicitar fichas clínicas según procedimiento establecido y entregarlas en los plazos definidos.
- Resguardar la custodia y confidencialidad de los datos contenidos en ellas.
- Registrar las atenciones y procedimientos efectuados al paciente en forma legible y oportuna, debidamente identificándose con nombre y firma.

Técnicos paramédicos:

- Técnicos paramédicos habilitados podrán solicitar fichas clínicas según procedimiento establecido y entregarlas en los plazos definidos.
- Resguardar la custodia y confidencialidad de los datos contenidos en ellas.
- Registrar las atenciones y procedimientos efectuados al paciente en forma legible y oportuna, debidamente identificándose con nombre y firma.
- Trasladar y resguardar la ficha clínica junto con el paciente a otros servicios y unidades de apoyo manteniendo su trazabilidad.
- Archivar los documentos que forman parte de la ficha clínica en el orden establecido por la institución.

Personal Administrativo:

- Personal administrativo habilitado podrán solicitar fichas clínicas según procedimiento establecido y entregarlas en los plazos definidos.
- Realizar traslado y entrega a otras unidades del establecimiento manteniendo su trazabilidad.
- Colaborar en el resguardo y custodia de las fichas clínicas que se encuentran en su dependencia, así como en la confidencialidad de la información contenida.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

5. DEFINICIONES

FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL: Instrumento legal, obligatorio individual en el que se registra la historia clínica de una persona, la que debe ser resguardada y conservada en forma segura manteniendo la confidencialidad. La información contenida en la ficha clínica será considerada dato sensible de conformidad a lo establecido en el artículo 2° letra g de la ley N° 19.628 (artículo 2 del reglamento sobre ficha clínica de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).

La ficha clínica cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborada de forma clara y legible, conservando su estructura de forma ordenada y secuencial (artículo 5 del reglamento sobre ficha clínica de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).

REGISTROS CLÍNICOS: Conjunto de datos clínicos organizados y relacionados entre sí, en función de un propósito asistencial determinado.

SOPORTE DE LA FICHA CLÍNICA: Tipo o formato de registro utilizado para la ficha clínica, pudiendo corresponder a:

Formato Físico (papel): Todos los registros clínicos manuscritos y/o digitales que se encuentran documentados en papel, consolidados en una carpeta física.

Formato Electrónico: Sistema informático definido para el registro, recopilación y almacenamiento de la información clínica de un paciente (Ficha Clínica Electrónica).

Sistema Mixto: Uso simultáneo de los soportes físico y electrónico definidos para la ficha clínica.

INTEGRALIDAD: Conjunto de la información constitutiva de la ficha clínica de una persona independiente del soporte.

AUTENTICIDAD: Condición de la información de la Ficha Clínica que la hace legítima dado que no son susceptibles de ser modificados, borrados, eliminados o editados.

CONSERVACIÓN: Procedimiento de resguardo de la integridad y confidencialidad de los diferentes registros que constituyen la ficha clínica.

CONFIDENCIALIDAD: Procedimiento que permita asegurar la reserva y resguardo de la intimidad del paciente respecto de la información contenida en los diferentes registros que constituyen su ficha clínica.

CÓDIGO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DE LA FICHA CLÍNICA: Sistema de codificación de las fichas clínicas de los pacientes, a través de la utilización de símbolos, signos o caracteres alfanuméricos, que facilitan la identificación y relación de las diversas partes de dicha ficha clínica, y cuyo objetivo

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

es relacionar todos los tipo de soporte utilizado y que correspondan a datos clínicos de un mismo paciente.

ACCESO: Acción a través de la cual el personal relacionado con la atención de un paciente y que está debidamente autorizado por el prestador, accede a los diferentes registros clínicos del paciente, los que conforman la integralidad de su ficha clínica, independiente del formato que este tenga, ya sea para consulta como para el registro de la atención entregada.

VINCULACIÓN: Procedimiento a través del cual es posible identificar y relacionar los diferentes registros clínicos existentes en el prestador y que permite el acceso a la integridad de la ficha clínica de un paciente.

ROL ÚNICO NACIONAL (RUN): Número identificador único e irrepitible que posee todo chileno que resida en Chile y también de los extranjeros que permanezcan en Chile de manera definitiva o temporal. En versión anterior de este protocolo y en formularios utilizados en la institución se utiliza el RUT como símil.

SISTEMA FONENDO: Plataforma integrada de sistemas de apoyo a la gestión clínica y administrativa en la Red de salud del Servicio de Salud O'Higgins.

FICHA CLÍNICA "MADRE": Documento médico-legal en soporte de papel donde se recoge la mayor cantidad de información de las atenciones históricas realizadas al paciente.

SECCIONALES DE FICHA CLÍNICA: Corresponde a los registros clínicos realizados en soporte papel y/o electrónico que se efectúan durante la atención de los pacientes. Forman parte de la ficha clínica institucional y estos son:

- DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA (DAU)
- SECCIONAL HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
- SECCIONAL DE CONTROL DE SALUD SEXUAL
- SECCIONAL ALTO RIESGO OBSTETRICO (ARO)
- SECCIONAL KINESIOLOGIA
- SECCIONAL PISO PÉLVICO
- SECCIONAL PROGRAMA ALIVIO DEL DOLOR (PAD)
- SECCIONAL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM)
- SECCIONAL DE LABORATORIO Y EXÁMENES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE (TACO)
- SECCIONAL IMAGENOLÓGÍA

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

OFICIAL ADMINISTRATIVO (OFA): Funcionarios administrativos del establecimiento.

6. DESARROLLO

6.1 FICHA CLÍNICA ÚNICA E INDIVIDUAL

La Ficha Clínica es el instrumento en donde se registran las acciones realizadas a cada paciente por el equipo de salud (profesional y/o técnico según corresponda). La Ficha Clínica en el Hospital de Santa Cruz se caracteriza por ser única e individual para cada paciente, por la autenticidad de la información que contiene y por vincularse con el titular (paciente) mediante un sistema de codificación estandarizada dentro de esta institución.

La información contenida en las Fichas Clínicas será considerada dato sensible de conformidad con lo establecido en el Artículo 2º, letra g de la Ley N° 19.628 (Artículo 2º del reglamento sobre Fichas Clínicas de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).

A continuación se describen los diferentes aspectos relacionados con la Ficha Clínica Única e Individual en el Hospital de Santa Cruz:

6.1.1 SOPORTES DE LA FICHA CLÍNICA

En el Hospital de Santa Cruz la Ficha Clínica está contenida en sistema mixto (soporte papel y electrónico) con un código de identificación y vinculación único para cada paciente que se detalla en el punto 6.1.3.

6.1.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS QUE CONFORMAN LA FICHA CLÍNICA ÚNICA: FICHA CLÍNICA MADRE Y SECCIONALES

En el Hospital de Santa Cruz la Ficha Clínica única e individual está conformada por los siguientes componentes:

FICHA CLÍNICA MADRE: Conjunto de documentos en soporte físico donde se recoge la información de las atenciones ambulatorias realizadas al paciente en unidades donde no se cuenta con seccional, contiene los antecedentes de hospitalización, procedimientos quirúrgicos, procedimientos endoscópicos, entre otros.

DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA: Este seccional de la Ficha Clínica se encuentra en soporte mixto y corresponde al registro de las prestaciones otorgadas en el Departamento de Emergencia (Urgencia Adulto Pediátrico) y Urgencia Maternal en el sistema informático FONENDO, el cual

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

almacena la información en la plataforma y a su vez permite la impresión del documento para ser resguardado en el Departamento de Emergencias. En caso de caída del sistema informático el registro de las acciones de salud realizadas en ambos servicios de urgencia se ejecutan manualmente en soporte físico.

SECCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: Seccional que se encuentra en soporte físico y corresponde a una carpeta que contiene información relacionada a las atenciones brindadas en un paciente con indicación de hospitalización domiciliaria.

SECCIONAL DE CONTROL DE SALUD SEXUAL: Seccional de la Ficha Clínica que se encuentra en soporte físico y consiste en una carpeta que contiene información relacionada con la atención de una paciente que tiene una conducta de riesgo (trabajadoras sexuales).

SECCIONAL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO): Este seccional se encuentra en soporte físico y corresponde a una cartola tipo ficha que contiene información relacionada con la atención de un paciente durante sus atenciones en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico encontrando las indicaciones, control obstétrico, exámenes, etc.

SECCIONAL KINESIOLOGIA: Este seccional es un componente de la Ficha Clínica que se encuentra en soporte físico y es creado por la Unidad de Kinesiología Atención Abierta para el registro de la atención de rehabilitación entregada.

SECCIONAL PISO PÉLVICO: Seccional que se encuentra en soporte físico y que es creado por la Unidad de Kinesiología Atención Abierta para el registro de la atención de rehabilitación entregada en el contexto del programa de piso pélvico.

SECCIONAL ALIVIO DEL DOLOR: Este seccional de la Ficha Clínica que se encuentra en soporte físico corresponde a una carpeta que contiene información respecto de las atenciones realizadas durante la permanencia del paciente en el Programa de Alivio del Dolor.

SECCIONAL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM): Seccional en soporte físico que consiste en una carpeta que contiene información relacionada con la atención de un paciente durante sus atenciones en el centro de salud mental.

SECCIONAL DE LABORATORIO Y PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE (TACO): Este seccional electrónico corresponde a un sistema informático utilizado en Laboratorio Clínico que almacena y permite la impresión de los resultados de análisis de laboratorio realizados a los pacientes.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

SECCIONAL IMAGENOLÓGÍA: Este seccional está compuesto por soporte físico (informes) y electrónico (imagen) según tipo de examen imagenológico, almacenando en el caso de Imagenología el soporte físico en la misma unidad y el soporte electrónico en equipos computacionales con respaldo en memoria extraíble y sistema RIS-PACS en el caso de tomografías axial computarizadas.

Y en el caso de radiología del Centro de Odontología (CEOM) está compuesto por seccional electrónico almacenado en computador de la dependencia y respaldado en memoria extraíble.

6.1.3 CODIGO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN

La Ficha Clínica se identificará mediante un código único de identificación. Este código corresponde al **RUN** del paciente.

En caso de pacientes que no cuenten con RUN, como **extranjeros** o **pacientes indocumentados** el código único de identificación será el número generado por sistema FONENDO al momento de su ingreso al Departamento de Emergencia visualizando en sección del RUN unos dígitos entre guiones (Ej: -xxxxx-).

Si durante su estadía o atenciones posteriores se logra conocer el RUN del paciente se vinculará la documentación a este.

En caso de pacientes **Recién Nacidos (RN)** sanos los registros correspondientes a su atención se mantendrán incorporados en ficha clínica de su madre ya que permanecen juntos durante la hospitalización, sin embargo, los recién nacidos patológicos contarán con ficha clínica dando preferencia como código único de identificación en el siguiente orden de prioridad: RUN y número generado por sistema FONENDO. Si el paciente neonato egresa del hospital y reingresa por urgencia sin RUN, el código de vinculación será de acuerdo al párrafo anterior. Cuando el recién nacido sea registrado en Servicio de Registro Civil se reemplazará y vinculará su información con el RUN, comprendiendo que existe un plazo de 30 días legales para la inscripción del menor.

6.1.4 CREACIÓN DE FICHA CLÍNICA

La creación de la Ficha Clínica en el Hospital de Santa Cruz se realiza de forma simultánea en el Sistema FONENDO (para gestión administrativa de referencia y contra referencia, ubicación de la ficha clínica madre y dación de hora por agenda) y soporte de físico, donde se requiere los siguientes datos del paciente:

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

- RUN, y en caso de excepciones el número generado por sistema FONENDO al momento de su ingreso al Departamento de Emergencia.
- Nombre (Primer nombre y dos apellidos).
- Fecha de Nacimiento.
- Nacionalidad.
- Domicilio.
- Nº de Teléfono ubicable.
- Previsión

FICHA CLÍNICA MADRE:

Existen 3 instancias para la creación de ficha clínica madre:

- Ante dación de hora en SOME por sistema FONENDO para **primera atención** en Unidad de Atención Ambulatoria, CEOM, Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico o Endoscopia; previa verificación en sistema y consulta al paciente de atención anterior con número generado por sistema FONENDO. El personal de la Unidad de Archivo con los datos aportados al agendar la hora en el sistema elaborará la ficha clínica corroborando que no haya sido creada previamente.
- Ante interconsulta, esta es ingresada al sistema FONENDO donde el personal de la Unidad de Archivo con los datos aportados al agendar la hora FONENDO elaborará la ficha clínica corroborando que no haya sido creada previamente.
- Ante **primera hospitalización** el censista pesquisará los ingresos y corroborará la existencia de ficha clínica, de contar con ella procederá a la entrega al servicio clínico y en caso contrario ingresará los datos al sistema FONENDO para su creación y entrega al servicio clínico. En caso de que el ingreso se realice en horario inhábil y en fin de semana fuera del horario de asistencia del censista, la creación de ficha clínica se realizará al día hábil siguiente.

DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA (DAU): Este Dato es confeccionado en Admisión de Urgencia cuando un paciente solicita atención en Departamento de Emergencia (Urgencia Adulto Pediátrica) y Urgencia Maternal. En este momento el funcionario de admisión verificará los datos del paciente actualizando su información y dando prioridad a rescatar el RUN. Si el paciente fue ingresado con número generado por sistema FONENDO, se dejará registro en planilla Excel para posteriormente avisar a sistema FONENDO cuando se tenga el RUN y unificar los datos. Prevalecerá el RUN en todos los casos.

En condiciones normales, **los datos solicitados al paciente** se ingresan en el sistema FONENDO; sin embargo, cuando no hay servicio de internet o “FONENDO” no se encuentra operativo, el DAU es

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

confeccionado a mano por parte del funcionario que se encuentre en Admisión; y una vez reestablecido el sistema son ingresados a FONENDO.

Los Servicios de Urgencia cuentan con una modalidad para la confección del Dato de Urgencia:

- **Confección de DAU:** El Oficial Administrativo de Admisión del Departamento de Emergencia es el responsable de la confección electrónica o manuscrita del Dato de Urgencia, para todo aquel que solicite atención en la ventanilla de Admisión a Urgencia.

La atención realizada al paciente en los Servicios de Urgencia, se registra en el **soporte electrónico** por parte de quienes participan en la atención y finalizada la atención se imprimen dos copias, una para el paciente y otra para su respaldo en el Departamento de Emergencia (Urgencia Adulto Pediátrica), si el paciente es hospitalizado la copia del DAU es anexada a la documentación del ingreso y quedará archivada a la ficha clínica en el servicios de hospitalización. Si por algún motivo de fuerza mayor no se puede trabajar con el soporte electrónico, se procederá a registrar la atención a mano y se tomará copia para ser entregada al paciente, y se resguardará la original.

SECCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: Seccional de uso exclusivo durante la Hospitalización Domiciliaria y su confección es de responsabilidad del profesional encargado del programa y se realiza durante el ingreso del paciente en la primera visita domiciliaria.

SECCIONAL CONTROL DE SALUD SEXUAL: Este seccional es de uso exclusivo de la Unidad de Infección de Transmisión Sexual (ITS) y es confeccionado cuando un paciente con conducta de riesgo (trabajadoras sexuales) ingresa al programa de control. La elaboración de este documento es responsabilidad de la Matrona de la unidad de ITS.

SECCIONAL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO: Seccional de uso exclusivo de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico y cuya confección es de responsabilidad de la matrona de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico cuando una paciente ingresa a control debido a una morbilidad obstétrica.

SECCIONAL KINESIOLOGIA: Este seccional es de uso exclusivo de la Unidad de Kinesiología y es confeccionado cuando un paciente ingresa a tratamiento de rehabilitación kinésica. La elaboración de este documento es de responsabilidad del profesional que realiza el ingreso del paciente.

SECCIONAL PISO PÉLVICO: Seccional de uso exclusivo del Programa Piso Pélvico de la Unidad de Kinesiología y es confeccionado por el profesional que realiza el ingreso de la paciente cuando una inicia al tratamiento de rehabilitación de piso pélvico.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

SECCIONAL ALIVIO DEL DOLOR: Este seccional es de uso exclusivo del programa Alivio del Dolor y es confeccionado cuando un paciente ingresa al programa por una enfermedad terminal. La elaboración de este documento es responsabilidad del Técnico en Enfermería del programa.

SECCIONAL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM): Este seccional es de uso exclusivo del centro comunitario de salud mental y es confeccionado cuando un paciente ingresa a control debido a una enfermedad relacionada con la salud mental. La elaboración de este documento es responsabilidad del Técnico en Enfermería de la unidad.

SECCIONAL LABORATORIO Y PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE (TACO): Contiene la información relacionada con resultados de exámenes de laboratorio y está formado por la plataforma OMEGA 3000 (hasta octubre 2017), Cobas Infinity (desde noviembre 2017) y en el caso de los pacientes del programa en TACO la plataforma TAONET. Este seccional se crea al recibir la primera solicitud de examen en nuestro establecimiento, donde los datos aportados se ingresan al sistema informático y permite que las siguientes solicitudes se asocian con el código de vinculación. El ingreso al sistema es de responsabilidad de los Tecnólogos Médicos y Técnicos en enfermería de la unidad.

SECCIONAL IMAGENOLOGÍA: Este seccional se crea una vez que se ingresan los datos del paciente al equipo y es asociado al examen imagenológico utilizando el código vinculación. El ingreso del examen es de responsabilidad de los Tecnólogos Médicos y Técnicos en enfermería de la unidad de Imagenología y Radiología de CEOM.

6.2 PROCEDIMIENTO DE VINCULACIÓN, ACCESO A LA INTEGRALIDAD DE LOS DATOS Y MANEJO DE LA FICHA CLÍNICA

El acceso y vinculación del paciente con su Ficha Clínica y seccionales es mediante el **código único de identificación** descrito en el **punto 6.1.3**. Es factible verificar el RUN accediendo al sistema FONENDO a través del nombre y apellidos del paciente.

Ante creaciones y acceso a ficha clínica y sus seccionales se deberá verificar si el paciente cuenta con un ingreso previo y que este haya sido con un número generado por sistema FONENDO en la atención de urgencia. Para lo anterior junto con la corroboración en sistema FONENDO se contará con planilla en línea compartida entre admisión, SOME, lista de espera y censo, quienes podrán hacer seguimiento de los pacientes que hayan ingresado con código de vinculación excepcional, ingresar el RUN cuando cualquiera de ellos lo rescate durante una nueva atención, y a su vez

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

notificar vía correo electrónico al jefe de producción para solicitar unificación de los antecedentes al RUN.

De esta manera todos los profesionales y personal autorizado que participan en la atención de salud del paciente pueden acceder a la integralidad de la información, esto es, a la Ficha Clínica madre en soporte de papel y sus seccionales en soporte papel y electrónico como sigue:

6.2.1 ACCESO AL SOPORTE DE PAPEL DE LA FICHA CLINICA Y SU MANEJO

FICHA CLÍNICA MADRE: La Ficha Clínica Madre será solicitada por el personal Médico, No Médico, TENS o Administrativos cuando se requiere realizar registros clínicos correspondientes al paciente y acceder a antecedentes del paciente.

- **Hospitalización:** El acceso a la Ficha Clínica Madre por parte de los funcionarios que realizan atención de pacientes en hospitalización será por 3 vías:
 - Personal de censo al identificar durante su ronda el ingreso de un paciente acudirá al archivo para dar circulación a la ficha clínica madre asociándola al servicio de hospitalización. En caso de que el paciente no cuente con ficha en el establecimiento, el censista debe crear la ficha, dar circulación y entregarla en el servicio correspondiente.
 - En horario posterior a la visita del censista, el oficial administrativo (OFA) o la enfermera/matrona de turno del servicio de hospitalización en horario hábil deberá llamar al 722325 para comunicar al censista del ingreso, quien acudirá al archivo para dar circulación a la ficha clínica madre asociándola al servicio de hospitalización. En caso de que el paciente no cuenta con ficha en el establecimiento, el censista debe crear la ficha, dar circulación y entregarla en el servicio correspondiente.

Nota: En horario inhábil, los funcionarios de los Servicios de Hospitalización pueden tener acceso a las fichas clínicas de los pacientes ingresados, a través del censista de turno, el cual entregará la ficha clínica al servicio de hospitalización durante su ronda, dejando constancia de la entrega en una nómina para que el funcionario de archivo haga su respectiva salida en FONENDO el primer día hábil posterior al censo realizado.
 - En hospitalizaciones programadas la enfermera y/o matrona del servicio involucrado deberá realizar la solicitud vía FONENDO y aviso de solicitud vía telefónica al anexo 722275 correspondiente a la Unidad de Archivo para posteriormente acudir a su retiro.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

- **Consultas Ambulatorias y procedimientos endoscópicos:** Cuando los pacientes están agendados, las Fichas Clínicas debe ser entregadas el día hábil anterior a la atención al Técnico Paramédico, el cual debe revisar que todas las fichas entregadas correspondan a la agenda médica.

En circunstancias está permitido la atención por sobrecupo, para ello existe la “Autorización Sobre Cupo” (Anexo N°1), este documento una vez timbrado por recaudación es entregado por el Técnico Paramédico de Policlínico al personal de archivo quien coordina la salida de la ficha clínica madre y entrega al técnico paramédico de Policlínico correspondiente.

El traslado de la Ficha Clínica Madre en horario hábil desde la Unidad de Archivo hasta los Servicios de Hospitalización (en caso de hospitalización programada), Unidad de Endoscopía o Consultas Ambulatorias es realizado por el personal solicitante o funcionario que éste designe para este propósito.

En casos en que el paciente se hospitalice y la ficha clínica se encuentra en circulación por agenda de hora ambulatoria previa, evaluación administrativa, entre otras actividades; la prioridad será devolver la ficha clínica ante conocimiento del caso, de manera que la ficha clínica se encuentre en el menor tiempo posible junto al paciente hospitalizado.

DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA (DAU): Cada funcionario del Departamento de Emergencia cuenta con un usuario y clave para efectuar sus registros en sistema.

Una vez terminada la atención del paciente y entregada la copia del DAU a éste ya sea confeccionado a mano o por FONENDO, Urgencia Adulto Pediátrica guarda una copia. Los respaldos de DAUs generados en Urgencia Maternal serán guardados por Urgencia Adulto Pediátrica y serán entregados la totalidad generada en el día completo a media noche (24:00 hrs) al oficial administrativo de admisión de urgencia. Posteriormente, el conjunto de DAUs emitidos en el día serán utilizados en procesos administrativos correspondientes (Ingreso pacientes GES, estadísticas, etc), y serán almacenados en dependencia del Departamento de Emergencia de acuerdo a fechas, bajo llave y acceso restringido.

En el caso de que algún profesional requiera acceder a Datos de Atención de Urgencia anteriormente archivados, el acceso se realiza a través de entrega de antecedentes del DAU requerido a la Oficial Administrativo del Departamento de Emergencia quien puede verificar los datos mediante el uso del soporte electrónico ingresando el RUN del paciente. El sistema muestra todas las atenciones realizadas en el Servicio de Urgencia al paciente buscado. De esta forma se conocerán las fechas de atenciones, lo que permitirá (al oficial administrativo del Servicio de Urgencias) ubicar el DAU solicitado en la bodega de archivo de acuerdo a la fecha.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

Una vez identificado el DAU solicitado, el Oficial Administrativo de Emergencia tomará fotocopia del DAU archivado, re archiva el original y entrega al funcionario solicitante de la información.

SECCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: La vigencia del seccional de Hospitalización Domiciliaria es hasta el día en que el paciente es dado de alta o hasta que fallece (durante la hospitalización), momento en el cual la documentación contenida es anexada a la Ficha Clínica del paciente por profesional a cargo o el técnico paramédico.

Para poder tener acceso a este seccional, el funcionario requirente lo solicita al profesional encargado de Hospitalización Domiciliaria mediante el RUN del paciente, quien dejará registro de la solicitud (nombre del solicitante, nombre del paciente del seccional requerido, RUN del paciente, firma del solicitante).

SECCIONAL CONTROL DE SALUD SEXUAL: La vigencia del seccional es mientras permanezca la paciente en los controles y la documentación es almacenada en fichero del seccional en la misma Unidad ITS hasta que se adjunte a la ficha clínica madre.

Para poder tener acceso a este seccional, se debe solicitar a la matrona encargada mediante el RUN del paciente quien dejará registro de la solicitud (nombre del solicitante, nombre del paciente del seccional requerido, RUN del paciente, firma del solicitante).

SECCIONAL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO: La vigencia del seccional Alto Riesgo Obstétrico es hasta el día en que la paciente es dada de alta y la documentación del seccional es adjuntada a la Ficha Clínica Madre.

Para poder tener acceso a este seccional, el funcionario requirente lo solicita a la Matrona de la unidad de Alto Riesgo Obstétrico mediante el RUN del paciente, dejando registro de la solicitud (nombre del solicitante, nombre del paciente del seccional requerido, RUN del paciente, firma del solicitante).

SECCIONAL KINESIOLOGIA: Durante su almacenamiento en la Unidad de Kinesiología contará con un distintivo de color amarillo. La vigencia del seccional Kinesiología es hasta el día en que el paciente es dado de alta de su tratamiento kinésico, cuando esto ocurre, es adjuntado a la Ficha Clínica Madre.

Para poder tener acceso a este seccional, el funcionario requirente lo solicita a la unidad de Kinesiología mediante el RUN del paciente, quien dejará registro de la solicitud (nombre del solicitante, nombre del paciente del seccional requerido, RUN del paciente, firma del solicitante).

SECCIONAL PISO PÉLVICO: Durante su almacenamiento en la Unidad de Kinesiología contará con un distintivo de color verde. La vigencia del seccional Piso Pélvico es hasta el día en que el paciente es dado de alta de su tratamiento, cuando esto ocurre, es adjuntado a la Ficha Clínica Madre.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

Para poder tener acceso a este seccional, el funcionario requirente lo solicita a la unidad de Kinesiología mediante el RUN del paciente, quien dejará registro de la solicitud (nombre del solicitante, nombre del paciente del seccional requerido, RUN del paciente, firma del solicitante).

SECCIONAL ALIVIO DEL DOLOR: La vigencia del seccional Alivio del dolor es hasta el día en que el paciente fallece o egrese del programa, y la documentación del seccional es adjuntada a la Ficha Clínica Madre.

Para poder tener acceso a este seccional, el funcionario requirente solicita al profesional o Técnico en Enfermería del programa Alivio del Dolor mediante el RUN del paciente, quien dejará registro de la solicitud (nombre del solicitante, nombre del paciente del seccional requerido, RUN del paciente, firma del solicitante).

SECCIONAL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM): El seccional del Centro Comunitario de Salud Mental permanecerá en estantes de las dependencias de dicho lugar.

Para poder tener acceso a este seccional, el funcionario requirente solicita a la Técnico en Enfermería de la unidad Centro Comunitario de Salud Mental mediante el RUN del paciente, quien dejará registro de la solicitud (nombre del solicitante, nombre del paciente del seccional requerido, RUN del paciente, firma del solicitante).

SECCIONAL LABORATORIO Y PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE (TACO): A este seccional electrónico se puede acceder de acuerdo a la plataforma que se desea consultar, OMEGA 3000 en exámenes hasta octubre 2017, Cobas Infinity exámenes desde noviembre 2017 y en el caso de los pacientes del programa en TACO en plataforma TAONET. Para esto, el personal de laboratorio cuenta con usuario y clave exclusiva, quienes una vez en el sistema utilizando el RUN del paciente puede acceder a los resultados e impresión de documentos. En el caso del sistema Cobas Infinity es posible el acceso a consulta por parte de los servicios clínicos con clave y usuario universal para imprimir los documentos y adjuntarlos a la ficha clínica madre.

SECCIONAL IMAGENOLÓGÍA: En el caso de los servicios clínicos estos cuentan con una carpeta compartida que permite visualizar las radiografías, y los informes imagenológicos se entregan para archivo en ficha clínica a excepción de aquellos exámenes en los que no se emite informe y se entrega la placa o CD al paciente.

Para su acceso posterior o solicitud de copia se requiere el RUN de paciente presentado en la Unidad de Imagenología/Centro Odontostomatológico donde se buscará el resultado según soporte en el que se encuentre. Los Tecnólogos Médicos, Técnicos en enfermería y oficial administrativo podrán acceder para tomar la copia de examen.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

6.2.2 OTROS ACCESOS DE LA FICHA CLÍNICA

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Cuando se requieran fichas clínicas para realizar auditorías, vigilancia epidemiológica, evaluación de indicadores, sumarios u otros procesos administrativos; deberán ser solicitadas mediante FONENDO por personal autorizado con clave y perfil para ello. Una vez entregadas no deberán permanecer por más de 72 horas en poder del solicitante de la ficha. En el caso de auditorías estas eventualmente podrían permanecer por un tiempo mayor.

La forma de solicitar la Ficha Clínica Madre desde Fonendo en los Servicios de Hospitalización se realiza de la siguiente forma:

- Ingresar a FONENDO con la clave única del funcionario.
- Desplegar la pestaña ARCHIVO.
- Hacer click en “SOLICITUD FICHAS”.
- Ingresar “TIPO DE SOLICITUD” y RUN del paciente.
- Hacer click en “SOLICITAR FICHAS” para que la solicitud sea ingresada.
- La solicitud no debe sobrepasar las 20 fichas por pedido.

En horario hábil, el personal de Archivo procede a desarchivar la/s Ficha/s solicitada/s, prepara la nómina de salida de Fichas Clínicas y las entrega al Profesional, Técnico Paramédico u Oficial Administrativo del servicio solicitante.

SOLICITUD DE COPIA DE FICHA CLÍNICA

De acuerdo al Artículo Nº 10 del Reglamento sobre Fichas Clínicas, de la Subsecretaría de Redes: **“la información contenida en las Fichas Clínicas o copia de la misma, podrá ser entregada en forma total o parcial a las siguientes personas, a su solicitud expresa, por conducto regular a la Dirección del Hospital”.**

La forma de solicitar una copia total o parcial de la Ficha Clínica en el Hospital de Santa Cruz, es mediante una solicitud por escrito hacia el Director del Establecimiento considerando que las personas autorizadas para solicitar acceso a la información de la Ficha Clínica y sus seccionales son:

- **El Titular**, su representante legal, o los herederos en caso de fallecimiento del titular.
- **Terceros** debidamente autorizados por el Titular mediante poder notarial simple.
- **Tribunales de Justicia** cuando la información de la Ficha Clínica se relacione a las causas.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

- **Diferentes fiscales del Ministerio Público y a los abogados defensores**, previa autorización del Juez competente, cuando la información contenida en ellas se relacione directamente con las investigaciones y defensas de que se trate el juicio.

En conocimiento de lo anterior, para acceder a la copia de la ficha clínica el paciente debe ingresar a la OIRS, donde solicita la copia de los antecedentes clínicos ya sea total o parcial. Posteriormente se confecciona oficio respectivo el cual debe ser aprobado por el Director de nuestro establecimiento y entregado a la unidad de archivo, donde realiza el proceso de copia de esta misma. Una vez completada la copia es entregada a Dirección del hospital para las gestiones correspondientes.

En el caso requerir copia del DAU, el paciente deberá solicitarlo con oficial administrativo (secretaria) del Departamento de Emergencia completando la solicitud establecida para dicho fin (Anexo N°2) con el cual se deja constancia del requerimiento del DAU, luego el oficial administrativo de Emergencia presentará la solicitud a jefaturas del servicio para evaluación si corresponde a las personas autorizadas para solicitar acceso a la información. Aprobada la solicitud el oficial administrativo buscará el DAU original, lo fotocopiará, rearchiva el original y entrega la copia del DAU, dejando constancia de la entrega de la copia del DAU al solicitante.

En ningún caso se hará entrega de la Ficha Clínica a familiares o personal de la institución que no cuente con las autorizaciones correspondientes. En casos con connotaciones legales el DAU será entregado sólo previa autorización del Director del establecimiento.

El Hospital Santa Cruz realizará cobros asociados al fotocopiado de cada hoja, para esto la OIRS deberá contar e informar la cantidad de hojas impresas para así gestionar el pago a través de la unidad de recaudación y realizado esto, proceder a entregar la fotocopia solicitada.

6.3 CONSERVACION, CONFIDENCIALIDAD, INTEGRIDAD Y AUTENTICIDAD

FICHA CLÍNICA MADRE: Se conserva en la Unidad de Archivo en estantes, en forma sistematizada y ordenada para garantizar un acceso oportuno a este documento. Los funcionarios que trabajen en este servicio deben cumplir con la mantención de los estantes con fichas ordenadas y realizar reposición de carátulas en casos de deterioros.

La confidencialidad y la integridad de la Ficha Clínica se encuentra protegida en el establecimiento ya que el acceso a la Unidad de Archivo se encuentra restringido y sólo puede ingresar personal autorizado.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

DAU: Los respaldos de DAUs generados en Urgencia Adulto Pediátrica y Urgencia Maternal serán guardados por el Departamento de Emergencia (Urgencia Adulto Pediátrica) y serán entregados la totalidad generada en el día completo a media noche (24:00 hrs) al oficial administrativo de admisión de urgencia. Se conservan ordenados por día y mes en dependencia del Departamento de Emergencia destinado para ello.

En lo que respecta al soporte electrónico su conservación es en el sistema FONENDO, quien maneja un respaldo de la información y copia de seguridad.

La confidencialidad y la integridad de los DAU en el establecimiento se encuentra protegida ya que el acceso se encuentra restringido y sólo puede ingresar personal autorizado.

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: Se conserva en carpetas organizadas en la dependencia del programa de hospitalización domiciliaria.

La confidencialidad y la integridad de este seccional se encuentra protegida, debido a que el acceso al almacenamiento es restringido y sólo pueden tener acceso los funcionarios de Hospitalización Domiciliaria y otros funcionarios autorizados.

SECCIONAL CONTROL DE SALUD SEXUAL: Se conserva en fichero interno organizados en repisas en la unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

La confidencialidad y la integridad de este seccional se encuentra protegida, debido a que el acceso al almacenamiento se encuentra restringido y sólo pueden tener acceso los funcionarios de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

SECCIONAL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO: Los seccionales que se encuentran vigentes y en uso se conservan en tarjetero organizado en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

La confidencialidad y la integridad de este seccional se encuentra protegida, debido a que sólo pueden tener acceso los funcionarios de la unidad y otros funcionarios autorizados.

SECCIONAL KINESIOLOGIA Y SECCIONAL PISO PELVICO: Los seccionales que se encuentran vigentes y en uso se conservan archivados con distintivo de color verde para Kinesiología y con cinta distintiva de color amarillo para piso pélvico organizado en repisas en la Unidad de Kinesiología.

La confidencialidad y la integridad de estos seccional se encuentra protegida, debido a que sólo pueden tener acceso los funcionarios de la Unidad de Kinesiología y otros funcionarios autorizados.

SECCIONAL ALIVIO DEL DOLOR: Los seccionales que se encuentran vigentes y en uso se conservan organizados en estante del box utilizado por el programa en la Unidad de Atención Ambulatoria.

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

La confidencialidad y la integridad de este seccional se encuentra protegida, debido a que sólo pueden tener acceso los funcionarios del Programa Alivio Del Dolor y otros funcionarios autorizados.

SECCIONAL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM): Los seccionales se conservan en carpetas organizados en repisas en el Centro Comunitario de Salud Mental, en el edificio COSAM.

La confidencialidad y la integridad de este seccional se encuentra protegida, debido a que sólo pueden tener acceso los funcionarios del Centro Comunitario de Salud Mental y otros funcionarios autorizados.

SECCIONAL LABORATORIO Y PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE (TACO): Este seccional electrónico se almacena en un autorespaldo diario en carpeta del servidor y consecuente respaldo en memoria externa.

La confidencialidad y la integridad de este seccional se encuentra protegida, debido a que sólo pueden tener acceso los funcionarios de la Unidad de Laboratorio y otros funcionarios involucrados en la atención y seguimiento de pacientes que sólo pueden visualizar exámenes validados.

SECCIONAL IMAGENOLÓGÍA: Se encuentra almacenado en dependencia de la Unidad de Imagenología el soporte físico en archivadores resguardados de acuerdo a fechas del examen y el soporte electrónico en el sistema RIS-PACS (tomografías axial computarizadas) y memorias extraíbles con acceso a través de las computadoras.

En el caso de CEOM se tiene acceso a través del sistema informático PROMEXIS y reguardo en disco de almacenamiento externo.

La confidencialidad y la integridad de este seccional se encuentra protegida, debido a que sólo pueden tener acceso los funcionarios de la Unidad de Imagenología y en CEOM los funcionarios que trabajan en box de radiología.

La integridad y autenticidad de la ficha clínica madre y sus seccionales están garantizada en el Hospital de Santa Cruz ya que cuenta con la totalidad de los registro y éste no puede ser adulterado, no pudiendo eliminar o borrar con corrector en el caso del formato físico (en caso de error se procede a tachar sobre lo escrito y se registra de forma correcta), así como tampoco en el formato electrónico (ante error se debe dejar registro del error y de manera consecutiva registrar la información correcta).

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

Todos los seccionales que se manejan en el Hospital, con excepción del sección de COSAM, DAU (de paciente no hospitalizado) y Control de Salud Sexual (por tiempo prolongado de atención), deben ser incorporados a la Ficha Clínica Madre una vez que el paciente egrese del Programa o en caso de fallecimiento. Una vez que los seccionales son incorporados a la Ficha Clínica Madre, su Conservación, Confidencialidad, Integralidad y Autenticidad corresponde a la Ficha Clínica Madre, descrita anteriormente.

Aclaraciones:

- Con respecto a la telemedicina es importante aclarar que ante su uso y con el propósito de resguardar la integridad de la información, la evolución e indicaciones aportada por otros profesionales quedará registrada por el profesional receptor en ficha clínica o seccional correspondiente, aludiendo la información que fue entregada, quien la entregó y quien la recibió.
- En el caso de exámenes tomados en la unidad de cardiología estos posterior a la lectura por sistema informático permanecerán en él.
- Por evaluación de sistema informático pudiese iniciarse marcha blanca de registros electrónicos, ante esto y sin orden de Dirección con respecto al cambio definitivo del soporte, todo registro deberá mantenerse el soporte estipulado en este documento a su vez que se resguardan los principios de vinculación, conservación, confidencialidad, integridad y autenticidad de la información en el registro electrónico paralelo.

7. REFERENCIAS

- Ley 20.584 Derechos y Deberes que tienen las personas relacionadas con la Atención de Salud.
- Decreto N°41, Reglamento de sobre Ficha Clínica.
- IP N°16, del 16 de Octubre de 2011, Superintendencia de Salud.
- Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo, Departamento de Calidad y Seguridad en la Atención de Salud, Dirección de Servicio de Salud O'Higgins, 2015.

8. DISTRIBUCION

- Dirección
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- SOME.
- Archivo.
- Servicios Clínicos.

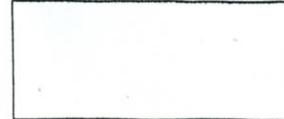
	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

9. ANEXOS

Anexo N°1: Autorización Sobre Cupo



Autorización Sobre Cupo



Nombre Paciente: _____

Firma y Timbre

RUT Paciente: _____ Ficha: _____

Fecha Sobre Cupo: _____

Todo sobre cupo deberá ser atendido en horario posterior a la atención de la agenda normal, es responsabilidad del médico la entrega de sobre cupo. El sobre cupo debe estar timbrado y firmado por el médico tratante, este documento es válido para solo una atención.

Anexo N° 2: Solicitud de Dato de Atención de Urgencia (externo)



SOLICITUD DE DATO DE ATENCIÓN DE URGENCIA (DAU)

Yo.....Cédula de Identidad N°..... con domicilio en de la comuna de vengo a solicitar al Departamento de Emergencia del Hospital Santa Cruz, copia de Dato de Atención de Urgencia (DAU) correspondiente al día..... del mes del año

Dejo constancia que retiro copia de DAU bajo mi responsabilidad, para ser utilizada bajo fines pertinentes.

Firma

	CODIGO: HSC - REG - 07	Versión: 04
	CARACTERISTICA : REG 1.1	Vigencia: 5 años
	Protocolo Ficha Clínica Única e Individual y su Manejo	Fecha de aprobación: Noviembre 2019 Vigencia: Noviembre 2024

10. REVISIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Página	Fecha	Cambios
Versión N°2	-	Diciembre 2015	Se confecciona el documento en base al nuevo sistema de manejo de ficha clínica.
Versión N°3	-	Junio 2016	Se incluye la Unidad de Endoscopia, Hospitalización Domiciliaria y COSAM, donde se describe el manejo de la ficha clínica en estas unidades.
Versión N°4	-	Septiembre 2019	Se revisa contenidos, se agregan responsabilidades, se elimina seccional en hospitalización, se incorpora seccional de Laboratorio/TACO e Imagenología, se elimina el pasaporte como código de vinculación y se deja establecido el RUN y en caso excepcionales número generado por sistema FONENDO. Se detalla procedimiento para solicitud de copia de ficha clínica y sus componentes y se adiciona cobro en fotocopias. Se actualizan Anexo 1 y 2.
		Octubre 2019	Se adiciona aclaraciones sobre exámenes de cardiología y marcha blanca de registro en soporte electrónico.